
TUMORES DO RETO E ÂNUS: EXPERIÊNCIA DE CINCO ANOS

JOSÉ VINICIUS CRUZ, TSBCP
HAMILTON CARDOSO HILGERT, ASBCP
CHARLES SUDBRACK, ASBCP
TIMOTHY JOHN WILSON, FSBCP
FRANCESCA PERUFFO GALLEGO SCHIEMANN
IZABEL FERNANDES SCHMITZ

CRUZ JV, HILGERT HC, SUDBRACK C, WILSON TJ, SCHIEMANN FPG, SCHMITZ IF – Tumores do reto e ânus: experiência de cinco anos. *Rev bras Colo-Proct.*, 1989; 9(4): 143-145.

RESUMO: Os autores analisam 55 pacientes que compareceram ao Serviço de Colo-Proctologia do hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, com câncer ano-retal, no período de abril de 1983 a maio de 1988. Apresentam considerações quanto ao paciente, tratamento empregado, características dos tumores, mortalidade durante a permanência hospitalar; e o baixo follow-up apresentado.

UNITERMOS: tumores de reto e ânus; câncer do reto e ânus; tratamento do câncer do reto e ânus.

O tratamento dos tumores de reto e de ânus continua sendo um dos maiores desafios ao cirurgião. Apesar de melhorias terem ocorrido na técnica operatória e nas terapias adjuvantes (rádio, químio e imunoterapia), a sobrevida global em 5 anos do CA de reto, em todos os estágios, utilizando todos os tratamentos simultâneos ou não, dificilmente ultrapassa 30%^{2, 9}.

Nosso objetivo foi revisar uma série consecutiva de 55 pacientes com tumores malignos de reto e de ânus vistos no Departamento de Colo-Proctologia da FFFCMPA na ISCMPA, entre abril de 1983 e maio de 1988, analisando aspectos estatísticos referentes aos pacientes, tratamento realizado e características dos tumores.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram revisados os prontuários dos pacientes tratados no Serviço de Colo-Proctologia, da FFFCMPA na ISCMPA por tumores de reto e de ânus num período de cinco anos (abril de 1983 a maio de 1988).

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Deste grupo, 30 (54,5%) eram do sexo masculino e 25 (45,5%) do sexo feminino. Houve predomínio de pacientes de cor branca, em número de 44 (80%), enquanto que sete (12,7%) eram pretos e quatro (7,2%) de cor mista. A idade dos pacientes variou de 21 até 80 anos, sendo a média 53,7. A faixa etária onde houve maior incidência foi na dos 61 aos 70 anos, 15 casos (27,2%). Quanto à procedência, 23 (41,8%) pacientes eram de Porto Alegre, 10 (18,1%) da Grande Porto Alegre, 21 (38,1%) do interior do estado e um (1,8%) de outro estado.

RESULTADOS

Destes 55 pacientes 42 foram submetidos a tratamento cirúrgico. A quase totalidade, 50 casos, teve alta hospitalar com vida e cinco foram ao óbito. Em dois casos, após amputação abdominoperitoneal, a causa mortis foi sépsis. Nos outros três, realizou-se apenas colostomia para desobstrução intestinal, os pacientes já se apresentavam em mau estado geral com doença avançada.

Os tumores se distribuíram da seguinte maneira: quatro casos (7,2%) na margem anal, sete (12,7%) em canal anal, 40 (72,7%) no reto e quatro (7,2%) na junção reto-sigmóide. Para uma melhor definição de posição dos tumores, realizou-se uma divisão arbitrária com intervalos de 2 cm a partir da margem anal até os 16 cm. A maior incidência ocorreu na faixa os 0-2 cm com 13 casos (23,6%) e a menor dos 14,1 aos 16 cm, um caso (1,8%). E se considerarmos apenas os tumores de reto, a faixa mais freqüente foi dos 4,1-6 cm com 11 casos. O tamanho das lesões variou de 2 a 12 cm de diâmetro, com a média de 6,1 cm. A média dos epidermóides foi de 6 cm (5 a 8 cm), enquanto que a dos adenocarcinomas foi de 5,7 cm (2 a 12 cm). Quanto ao envolvimento circunferencial do reto e ânus: sete casos (12,9%) envolviam 1/4 da circunferência; 16 casos (29%) 1/2; 15 casos (27,2%) 3/4 e 17 casos (30,9%) toda a circunferência.

A diferenciação histológica permitiu observar a seguinte distribuição: bem diferenciados em 19 casos (34,5%); moderadamente diferenciados em 24 (43,1%); pouco diferenciados em 10 (18,1%); e dois casos (3,6%) não foram

classificados pelo patologista. Estadiando os tumores de reto segundo a classificação de Dukes modificada, dividiu-se o grupo em A, B, C1, C2 e D⁷.

Ao exame macroscópico das peças cirúrgicas, as lesões foram classificadas em: ulcerado 15 casos (27,2%); vegetante 12 (21,1%); anular 11 (20%); e úlcero-vegetante 17 casos (30%).

Quanto ao estudo histológico das lesões 44 casos (80%) correspondiam a adenocarcinomas, sete (12,7%) a carcinoma epidermóide e 3 (5,4%) a basalóide e um (1,8%) a linfoma.

Nas 30 peças (20 Miles, 8 Dixon, 2 Parks) encontrou-se de 0 a 29 gânglios (média – 10,8). A média de linfonodos comprometidos foi de 3,06 gânglios (31,6%).

O tamanho das peças variou conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Tamanho das peças

Exeresse local	3 casos	4 a 7 cm	média 5,6 cm
Dixon	8 casos	10 a 30 cm	média 19,6 cm
Ressecção + anastomose colo-anal	2 casos	30 a 37 cm	média 33,5 cm
Miles	20 casos	20 a 46 cm	média 34,2 cm

Os pacientes foram submetidos a técnicas cirúrgicas variadas, levando-se em conta os fatores citados e seu estado geral. A cirurgia de Miles foi a opção em 20 casos (36,3% do grupo total e 47,6% dos operados); a cirurgia de Dixon em 8 casos (14% do total e 19% dos operados); anastomose colo-anal de Parks em dois casos (3,6% do total e 4,7% dos operados). Oito casos (14,5% do total e 19% dos operados) foram submetidos a colostomias derivadas, sem excisão tumoral. Três pacientes (5,4% do total e 7,1% dos operados) sofreram exérese local da lesão. Em um caso (1,8% do total e 2,3% dos operados) foi realizada apenas laparotomia. Dos 13 casos (6% do total) não submetidos a procedimento cirúrgico, três foram tratados apenas com radioterapia; um com quimioterapia e nove recusaram qualquer tipo de tratamento.

A radioterapia foi empregada no tratamento de 23 (41,8%) pacientes: no pré-operatório em três (5,4%) casos; no pós-operatório em 17 casos (3,9%) e como única forma de tratamento em três (5,4%) pacientes. A dose utilizada no grupo irradiado no pré-operatório variou de 4.500 a 6.000 rads (média de 5.000 rads), enquanto que naquele aonde se utilizou em pós-operatório, variou de 4.000 a 6.000 rads (média de 4.700 rads). A radioterapia, como única forma de tratamento, foi empregada na dose de 4.500 rads.

O período de *follow-up* obtido neste grupo variou desde três a 54 meses. O maior contingente de paciente se situou na faixa dos zero a três meses de *follow-up*, perfazendo 20 casos (36,3% do total).

DISCUSSÃO

Em 1908 Miles^{4, 13} descrevia a amputação abdominoperineal para o tratamento de tumores malignos de reto. Esta consiste em remoção do reto, ânus, esfínteres e musculatura elevadora do ânus.

Em torno de 1940, a ressecção anterior foi proposta para o tratamento dos tumores de junção reto-sigmóide e reto

alto, gerando na época, discussão quanto à sua segurança e eficácia para este fim. Com o passar dos anos e a comparação de séries cirúrgicas de pacientes com neoplasias de reto alto e médio tratados com ambas as técnicas, tem demonstrado que a ressecção anterior oferece oportunidade de cura tão boa quanto a amputação abdominoperineal^{1, 3, 5, 11}.

Apesar da amputação abdominoperineal continuar sendo a operação clássica para neoplasias de reto situadas abaixo dos 7,5 cm da margem anal, outras tentativas foram desenvolvidas no sentido de poupar os esfínteres^{3, 5}.

Durante algum tempo, a margem de segurança de 5 cm distal ao tumor de reto era considerada essencial para que a ressecção fosse considerada oncológicamente satisfatória^{4, 6}. Trabalhos têm demonstrado que uma margem de até 2 cm distais ao tumor são seguros, permitindo a aplicação de outras técnicas poupadoras dos esfínteres no tratamento das neoplasias de reto médio e baixo^{10, 15}.

Em 1966, Parks descreveu uma técnica pela qual era possível a ressecção de lesões benignas baixas com anastomoses do cólon ao canal anal. Entretanto, tal técnica, passou a ser utilizada também com êxito para as neoplasias malignas de reto médio e baixo a partir do conhecimento de que uma margem distal de 2 cm era suficiente para garantir uma anastomose livre de tecido comprometido^{14, 15}.

Em determinadas situações, ressecções locais de neoplasias malignas de reto podem ser usadas com segurança^{1, 3, 7, 9, 11}.

Numerosos autores apóiam o uso de terapia adjuvante no tratamento das neoplasias de reto e ânus^{1, 12}. Altas doses de radioterapia adjuvante tem demonstrado eficácia em diminuir as taxas de recidiva local em câncer retal, embora sua eficácia em melhorar as taxas de sobrevida ainda não foi demonstrada¹. As evidências sugerem que a radioterapia pré-operatória é preferível à pós-operatória¹.

A quimioterapia adjuvante não tem demonstrado aumento significativo na sobrevida dos pacientes¹.

De acordo com Jensen, terapia cirúrgica apenas é insuficiente para o tratamento do carcinoma de ânus, devendo ser associado à radioterapia e/ou quimioterapia, principalmente se for de canal anal, já que a incidência de recidiva neste é maior que no de margem anal⁸.

O sítio mais comum da lesão foi o reto com 80% seguido pelo canal anal, 12,7% margem anal com 7,2% cada um. No reto a altura de maior incidência foi dos 4,1 a 6 cm de margem anal, correspondendo a 20% dos casos.

O tamanho das lesões variou de 2 a 12 cm de diâmetro, sendo a média dos epidermóides de 6 cm e a dos adenocarcinomas 5,7 cm. Quanto ao envolvimento circunferencial de reto e ânus, houve maior número de casos do grupo de 100% da circunferência envolvida, correspondendo a 17 casos (30,9%). Segundo a classificação de Dukes modificada, os tumores de reto são divididos em "A" quando a neoplasia se limita à mucosa; "B" quando se estende às camadas musculares; "C1" quando limitado à parede com gânglios positivos; e "C2" quando atravessa a parede com gânglios positivos; e "D" quando há metástases à distância. Na nossa casuística, tivemos um caso de Dukes A, 8 de Dukes B, 12 de Dukes C1, 5 de Dukes C2 e 13 de Dukes D. Em 5, não encontramos dados nos prontuários que permitissem sua classificação. Isso mostra claramente o predomínio de doentes com doença avançada que chegamos a nós.

Destes pacientes com neoplasias de reto e ânus diagnosticadas, 13 não foram submetidos à cirurgia. Três casos desse subgrupo foram submetidos a radioterapia como única forma de tratamento. Estes casos eram de carcinomas epidermóides de ânus, os quais, após o término da radioterapia, foram submetidos às biópsias com resultados livres de neoplasia. Um dos pacientes do grupo não-cirúrgico era portador de linfoma de reto, sendo tratado com quimioterapia. Os demais não foram operados por razões diversas, desde recusa ao tratamento cirúrgico até inoperabilidade por encontrarem-se em péssimo estado geral e/ou grau avançado da doença. Em oito pacientes do grupo submetido à cirurgia, realizamos apenas colostomia para desvio de trânsito intestinal por serem portadores de tumores irressecáveis ou estarem em mau estado geral para submeterem-se a cirurgia de maior porte. Em um paciente, realizou-se apenas laparotomia, por apresentar doença irressecável sem obstrução.

Para cirurgia adotamos a seguinte orientação: tumores acima de 8 cm de margem anal – Dixon; tumores de 7 a 5 cm de margem anal – em primeiro a tentativa é de uma retossigmoidectomia abdominoperineal com anastomose colo-anal, ficando em segundo plano a cirurgia de Miles ou mesmo Dixon; tumores abaixo de 4 cm de margem anal – Miles. Ânus: como os epidermóides são os mais comuns, indicamos inicialmente radioterapia, também por serem, em nossos casos, tumores com mais 2,5 cm de tamanho e com infiltração esfinteriana.

Nossos índices de complicações pós-operatórias encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Morbidade

Infecção respiratória	5 casos
Infecção de parede	3 casos
Hérnia pericostomia	2 casos
Impotência	2 casos
Infecção urinária	2 casos
Necrose de colostomia	1 caso
Obstrução intestinal pós-operatória	1 caso
Evisceração	1 caso
Abscesso em períneo	1 caso
Deiscência parcial de anastomose sem reintervenção	1 caso
Bexiga neurogênica	1 caso
Incontinência fecal a fezes líquidas	1 caso

A radioterapia foi utilizada em 23 casos (41,8%). Na forma pré-operatória em três (5,4%), na pós-operatória em 17 (30,9%) e como única forma de tratamento em três (5,4%) pacientes. Segundo Devasa⁴, a radioterapia associada à cirurgia diminui a recidiva local em carcinomas de reto, e acrescenta que a evidência sugere ser a radioterapia pré-operatória preferível à pós-operatória. Dado que o tratamento do câncer é interdisciplinar, adotamos atualmente a radioterapia pré-operatória nos casos que julgamos inicialmente inoperáveis e a radioterapia pós-operatória em todos os casos excetuando-se: Dukes A e pacientes com metástases a distância.

Atribuímos o pequeno *follow-up* obtido nesta casuística ao baixo nível sócio-econômico-cultural da população que atendemos em nosso serviço, não sendo possível, portanto, comentar sobre a sobrevivência em termos mais amplos.

CRUZ JV, HILGERT HC, SUDBRACK C, WILSON TJ, SCHEMANN FPG, SCHMITZ IF – Tumors of the rectum and anus: five years experience.

SUMMARY: The authors review 55 cases of ano-rectal cancer seen at the out-patients Department of Colo-Proctology in the Santa Casa Hospital of Porto Alegre, from april 1983 to may 1988. Features regarding the patients, the treatment employed, the characteristics of the tumors and mortality during hospital stay are presented. The authors comment the small follow-up obtained.

KEY WORDS: tumors of the rectum and anus; cancer of the rectum and anus; treatment of cancer of the rectum and anus.

REFERÊNCIAS

1. Devasa JM, Morales V, Enriquez JM et al. Colorectal cancer – the bases for a comprehensive follow-up. *Dis Colon Rectum* 1988; 31(8): 636-652.
2. Dubois JB, Joyeux H, Pujol H. Os tratamentos adjuvantes do câncer do reto. *Rev Bras Colo-Proct* 1987; 7(4): 165-169.
3. Genaro AR. Abdominoperineal resection for cancer of the rectum and anus. In: Nyhus LM and Baker RJ – *Mastery of Surgery*. Boston Liptle, Brown and Company, Vol II: 1013-1032, 1984.
4. Goligher JC. *Surgery of the anus, rectum and colon*: 5th ed. London: Bailliere Tindall, 935-998, 1984.
5. Goligher JC. Resection anterior. In: Todd I. *A cirurgia de colon, recto y ano*: 3rd ed. Buenos Aires: Panamericana 140-154, 1987.
6. Grinnel RS. Distal intramural spread of carcinoma of the rectum and rectosigmoid. *Surg Gynec Obst* 1954; 99: 421.
7. Hamilton SR. Pathologic diagnosis of colorectal and anal malignancies: classification and prognostic features of pathologic findings. In: Bearn OH, Higgins GA, Weinstein JJ. *Colorectal tumors*. Philadelphia: J B Lippincott Company, 1986; 15: 107-112.
8. Jensen SL, Hagen K, Harling H et al. Long-term prognosis after radical treatment for squamous-cell carcinoma of the anal canal and anal margin. *Dis Colon Rectum* 1988; 31(4): 273-278.
9. Kelley WE, Brown PW, Lawrence W, Tefel JJ. Penetrating, Obstructing and perforating carcinomas of the colon and rectum. *Arch Surg* 1981; 116: 381-384.
10. Kirwan WO, Drumm J, Hogan JM, Keohane C. Determining safe margin of resection in low anterior resection for rectal cancer. *Br J Surg* 1988; 75 (7): 720.
11. Kratzer GL, Alia R. Low anterior resection for rectal cancer, technique and results. *Am J Surg* 1980; 139: 221-222.
12. Mendenhall WM, Bland KI, Rout R, Pfaff WW et al. Clinically resectable adenocarcinoma of the rectum treated with preoperative irradiation and surgery. *Dis colon and rectum* 1988; 31(4): 287-290.
13. Miles WE. A method of performing abdominoperineal excision of carcinoma of the rectum of the terminal portion of the pelvic colon. *Lancet* 1908; 2: 1812-1813.
14. Parks AG, Thompson JPS. Técnicas de la cirugía endorretal peranal. In: TODD I. *A cirurgia de colon recto y ano*: 3rd ed. Buenos Aires: Panamericana, 155-164, 1987.
15. Williams NS, Dixon MF, Johnston D. Reappraisal of 5 centimetre rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patients survival. *Br J Surg* 1983; 70: 150-154.

Endereço para correspondência:
Dr. José Vinicius Cruz
Rua Santa Cecília, 1.650/402
Fone: 329063
90410 – Porto Alegre – RS